



**Evaluación del Desarrollo e Intervención (DEI)
Plan de Apoyo Familiar Individualizado**

Fecha DEI-IFSP _____

Formulario A: Información de su familia

Nombre del niño(a): _____ También conocido(a) como: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____ Núm. de ID del Niño(a) _____ Género: Masculino Femenino

Principal lenguaje/medio de comunicación del niño(s): Inglés Español Criollo Otro: _____

Marque una opción: Padre Tutor Padre de acogida Padre sustituto Otro: _____

Nombre(s): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono: () _____ Teléfono laboral: () _____ Teléfono celular: () _____

Mejor horario para llamar: _____ Correo electrónico: _____

Lenguaje/medio de comunicación principal utilizado en el hogar: Inglés Español Criollo Otro: _____

Marque una opción: Padre Tutor Padre de acogida Padre sustituto Otro: _____

Nombre(s): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono: () _____ Teléfono laboral: () _____ Teléfono celular: () _____

Mejor horario para llamar: _____ Correo electrónico: _____

Lenguaje/medio de comunicación principal utilizado en el hogar: Inglés Español Criollo Otro: _____

¿Se necesita un intérprete para la familia? Sí No Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de intérprete? _____

Las siguientes personas pueden ayudarlo con sus preguntas e inquietudes:

Coordinador del Servicio: _____ Agencia: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Especialista en Recursos de Familia: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____



**Evaluación del Desarrollo e Intervención (DEI)
Plan de Apoyo Familiar Individualizado**

Fecha DEI-IFSP _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Núm. ID _____ Coordinador del Servicio _____

Formulario B: Exploración, resultados, servicios

Fecha(s) de recolección de esta información: _____

Inquietudes, prioridades y recursos de la familia:

Exploración del desarrollo de su hijo(a)

¿Se realizó una exploración del desarrollo? Sí No

Si la respuesta es sí, favor de indicar qué herramientas/métodos se utilizaron:

Listas de control del desarrollo (especificar) Informe de los padres Observación Revisión de registros

Edades y etapas Otro: _____ Lenguaje utilizado: _____

Resumen del estado del desarrollo del niño(a): _____

La información recolectada de lo anterior indica un posible problema/retraso del desarrollo en alguna de las siguientes áreas: Motricidad fina Motricidad gruesa Comunicación Cognitiva Socio-emocional
 Habilidades adaptativas de auto-ayuda

Resultado(s) de su familia:

Apoyos y servicios de su familia:



Evaluación del Desarrollo e Intervención (DEI) Plan de Apoyo Familiar Individualizado

Fecha DEI-IFSP _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Núm. ID _____ Coordinador del Servicio _____

Formulario C: Elegibilidad, Consentimiento

Información de su seguro:

Medicaid (Título XIX) Medicaid HMO/PSN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente Grupo: _____ CMS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente Administrador de Caso de Enfermería CMS _____ Medicaid Medipass <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente SSI <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente Núm. Medicaid #: _____ Comentarios/cambios: _____	KidCare/MediKids <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente CMS (Título XXI) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente Seguro privado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO Nombre de la compañía: _____ Número de teléfono _____ Núm. Póliza/Individual _____ Núm. de Grupo #: _____ Proveedor de Atención Médica de Cabecera _____
---	--

Determinación de elegibilidad

Elegible para Evaluación del Desarrollo e Intervención (DEI) basado en lo siguiente:
 Elegibilidad financiera establecida por: _____
 Elegibilidad médica establecida por: _____

No elegible para Evaluación del Desarrollo e Intervención basado en la documentación analizada por el equipo multidisciplinario. El equipo indica las siguientes recomendaciones a la familia: _____

Firmas del equipo multidisciplinario

Miembro del equipo: _____	Disciplina: _____	Firma: _____
Miembro del equipo: _____	Disciplina: _____	Firma: _____
Miembro del equipo: _____	Disciplina: _____	Firma: _____

Consentimiento informado por padres/tutores

He participado plenamente en el desarrollo de este plan
 Otorgo mi consentimiento para que se provean todos los servicios descritos en el Plan de Apoyo Familiar Individualizado (Individualized Family Support Plan, DEI-IFSP) según está escrito.
 No otorgo mi consentimiento para que se provean el(los) siguiente(s) servicio(s) descrito(s) en este DEI-IFSP; no obstante, doy mi consentimiento para que se provean todos los demás servicios descritos en este DEI-IFSP: _____

Firma de Padre/Madre/Tutor/Tutora _____	Relación _____	Fecha _____
Firma de Padre/Madre/Tutor/Tutora _____	Relación _____	Fecha _____

Consentimiento para Servicios de para los niños en custodia del Departamento de Niños y Familias (DCF) en el capítulo 39 FS:

Doy mi consentimiento para atención médica y tratamiento por 743.0645 FS y se describen en este DEI-IFSP

Trabajador Social DCF / Designado Firma _____ Título _____ Fecha _____